

# Behandeling van schizofreniepatiënten die middelen gebruiken

## De rol van de verpleegkundige

Jannet de Jonge, Joke van den Brink en Saskia Mensink\*

Patiënten met schizofrenie gebruiken vaak psychoactieve middelen tijdens hun behandeling. Dat verergert dikwijls de ernst van de symptomen. Het psychosociaal circuit van GGZ Drenthe te Assen behandelt de symptomen en het middelengebruik geïntegreerd, met een belangrijke rol voor de verpleegkundige. Deze heeft dikwijls, naast familie of vrienden, het meeste contact met de patiënt en kan daardoor een vertrouwensrelatie aangaan en informatie verzamelen. In dit artikel wordt de rol van de verpleegkundige in deze geïntegreerde behandeling beschreven. We bestuderen in de literatuur welke behandelprogramma's er zijn ontwikkeld voor de patiënten met schizofrenie en comorbide middelengebruik, met de vraag of en hoe de rol van de verpleegkundige daarin is beschreven. Op basis daarvan ontwikkelden wij een protocol voor verpleegkundigen, met verpleegkundige doelen en interventies.

### Inleiding

Het psychosociaal circuit van de GGZ Drenthe te Assen is een volledig behandelcircuit voor schizofreniepatiënten. Er is de mogelijkheid van zowel klinische (gesloten, besloten en open opname) als poliklinische of deeltijdbehandeling. Er is een Functioneel Assertive Community Team (FACT) waarin verpleegkundigen als casemanagers patiënten in hun thuissituatie begeleiden. Dit FACT heeft ook een aantal klinische bedden ter beschikking, zodat mensen voor korte of langere tijd opgenomen kunnen worden. Er zijn specifieke behandelprogramma's voor

\* Dr. J.M. de Jonge is post-doctoraal onderzoeker en GZ-psycholoog bij Verslavingszorg Noord Nederland te Assen. E-mail: j.dejonge@vnn.nl.

Drs. J.H. van den Brink is verslavingsarts bij Verslavingszorg Noord Nederland te Groningen.

S. Mensink is verpleegkundig specialist bij GGZ Drenthe (psychosociaal circuit) te Assen.

mensen met negatieve en positieve symptomen in het kader van een schizofrenie. Ten slotte zijn er twee langdurig-verblijfafdelingen, waarvan er één gespecialiseerd is in gedragsgestoorde patiënten. De patiënten die behandeld worden binnen dit circuit hebben dikwijls naast schizofrenie tevens andere klachten of stoornissen. Middelenmisbruik komt veel voor. Deze situatie is niet overigens specifiek voor Assen.

De afgelopen jaren is er in de Nederlandse media regelmatig aandacht besteed aan problemen rond misbruik en verslaving in psychiatrische ziekenhuizen. Ook in het buitenland doet dit probleem zich voor. Onderzoek in de Verenigde Staten onder de algemene bevolking (de ECA-study; Regier, 1991) laat zien dat er een 'lifetime'-prevalentie is van 47% voor het voorkomen van zowel een psychotische stoornis als middelenmisbruik/afhankelijkheid. Margoless e.a. (2006) constateren een 'lifetime'- en 'current'-prevalentie van ruim 50% onder ambulante psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis. In Nederland laten schattingen zien dat 20% tot 50% van de patiënten binnen de GGZ met verslavingsproblemen kampt, terwijl 60% tot 80% van de patiënten in de verslavingszorg ook andere psychische problemen heeft (Van Rooijen, 2001).

Uit onderzoek is gebleken dat deze groep patiënten meer problemen heeft op andere levensgebieden (bijv. schulden, huisvestingsproblemen en lichamelijke klachten; Westermeyer, 2006). Margoless e.a. (2006) rapporteert dat patiënten met zowel een psychotische stoornis als problematisch middelengebruik meer positieve symptomen hebben dan patiënten die geen middelen gebruiken. Ook heeft deze dubbele-diagnosegroep meer last van depressieve klachten.

Binnen het psychosecircuit in Assen was het behandelbeleid de behandeling van verslavingsproblemen van patiënten met schizofrenie 'uit te besteden' aan een verslavingszorginstelling. Dit werd echter niet als de meeste ideale behandeling ervaren. Op patiëntniveau bleek bijvoorbeeld dat deze patiënten niet goed konden switchen tussen de verschillende behandelteams. Op teamniveau verliep de communicatie wat betreft afspraken op het gebied van middelengebruik niet altijd vlekkeloos.

Recentelijk werd in de Multidisciplinaire richtlijn (2005) voor de behandeling van patiënten met schizofrenie en comorbide middelengebruik verwezen naar de uitkomsten van Drake e.a. (2004). Uit dit onderzoek blijkt - hoewel nog niet op 'evidence based'-niveau - dat een geïntegreerde behandeling van zowel de psychotische stoornis als het problematische middelengebruik het meest effectief is. Ook in de richtlijn

Dubbele diagnose, dubbele hulp (Van der Meer & Hendriks, 2003) wordt aanbevolen deze beide stoornissen geïntegreerd te behandelen.

In 2004 is er binnen het psychosecircuit in Assen gekozen voor een geïntegreerde behandeling van schizofreniepatiënten met een dubbele diagnose wat betreft middelengebruik. Voor de invulling ervan werden een verslavingsarts en een psycholoog toegevoegd aan de verschillende behandelteams (resp. de tweede en eerste auteur). Tevens werd gekozen voor deskundigheidsbevordering betreffende verslavingsbehandeling op teamniveau. Parallel aan dit project nam het FACT deel aan een landelijk implementatieproject, Integrated Dual Diagnosis Treatment, uitgevoerd door het Trimbos-instituut onder leiding van Hans Kroon, Sonja van Rooijen en Anneke van Wamel. Het bleek al snel nodig een project op te zetten om een protocol voor verpleegkundigen te beschrijven met nadruk op praktische handvatten voor de dagelijkse begeleiding. Doelstelling van dit artikel is en presentatie van de ontwikkeling van dit protocol voor verpleegkundigen en van de eerste ervaringen ermee.

### **De rol van de verpleegkundige**

De verpleegkundige is dikwijls degene die wat betreft de zorg aan, begeleiding en behandeling van dubbele-diagnosepatiënten het dichtst bij de patiënt staat, na familie en vrienden. In een opnamekliniek is het de verpleegkundige die de patiënt ontvangt, in een ambulantly team is het de verpleegkundige die de patiënt in zijn thuissituatie opzoekt, op een verblijfsafdeling zijn verpleegkundigen de persoonlijk begeleiders. Dit geeft hen de mogelijkheid de patiënten goed te observeren bij het dagelijkse functioneren. Dit betekent dat zij een signalerende functie hebben als het gaat om verergering of verbetering van de psychotische of verslavingsproblematiek. Doordat zij regelmatig contact hebben met de patiënt, kunnen zij bij uitstek een vertrouwensband opbouwen en van daaruit begeleiden. Daarnaast speelt de verpleegkundige een centrale rol bij de somatische zorg. Immers, verpleegkundigen delen medicijnen uit, geven injecties en verzorgen zonnodig wonden. Dat betekent dat zij voor patiënten ook een duidelijk medische, en mogelijk vertrouwenwekkende, positie innemen. Kortom, de verpleegkundige is een bindend element in de overlappende gebieden van somatiek, psychiatrie en agogische zorg én in de behandeling en de begeleiding van dubbele-diagnosepatiënten.

### **Uitvoering**

Wij stelden ons de volgende vragen.

- 1 Is de rol van de verpleegkundige beschreven in de tot nu toe ontwikkelde behandelingen en behandelprogramma's voor deze dubbele-diagnosedoelgroep?
- 2 Zo niet, hoe zou die rol er uit kunnen zien, op basis van behandel-aanbevelingen voor deze dubbele-diagnosedoelgroep?

### **Literatuurstudie**

Om te onderzoeken of er al een protocol voor verpleegkundigen op het gebied van behandeling van patiënten met schizofrenie en middelengebruik ontwikkeld is, werd er in eerste instantie een literatuurstudie gedaan. Vervolgens is binnen deze programma's onderzocht in hoeverre de rol van de verpleegkundige omschreven is. Er is gezocht voor de periode 1990-2005 in PsychInfo, PubMed en MedLine, met de zoektermen 'schizophrenia', 'severe mental illness', 'substance use', 'substance abuse', 'substance misuse' en 'treatment'. Verder is in Nederlandse publicaties (Van der Meer & Hendriks, 2003; Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005; Wierenga & Schippers, 2000) gezocht naar ontwikkelde behandelingen voor schizofreniepatiënten met problematisch middelengebruik. Ten slotte is een aantal Nederlandse onderzoekers en behandelaars op het gebied van dubbele diagnose gevraagd naar bij hen bekende programma's voor deze doelgroep. (Voor een overzicht zie tabel 1.)

In de Verenigde Staten is de afgelopen jaren een aantal geïntegreerde behandelprogramma's voor psychotische patiënten met problematisch middelengebruik ontwikkeld. In 1999 introduceerden Roberts, Shaner en Eckman de 'Substance abuse management module', die in het Nederland vertaald is als de Liberman-module Omgaan met Verslaving. De module bestaat uit een basistraining en een vaardigheids-training die per sessie uitgewerkt zijn.

Recentelijk is een gecontroleerde studie beschreven naar een zes maanden durend behandelprogramma Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness (BTSAS; Bellack e.a., 2006), dat werd vergeleken met een andere geprotocoliseerde behandeling. De BTSAS bleek effectiever, want meer patiënten waren clean, bleven langer in behandeling en verbleven minder vaak op een opnameafdeling, hadden minder financiële problemen en de kwaliteit van leven was hoger.

Ook in Canada is een programma voor deze doelgroep ontwikkeld, namelijk de Stopping Substance Abuse Groups.

In Nederland schreven Wierenga e.a. (1998) een programma voor blowende schizofreniepatiënten, dat erop gericht is de motivatie om te minderen of te stoppen met blowen te vergroten.

Recentelijk is de cognitief gedragtherapeutische behandeling Cognitive Behavioral Integrated Treatment (Graham & Copello, 2004) verschenen, gebaseerd op de fasen van behandeling (Osher & Kofoed, 1989).

**Tabel 1. Overzicht van ontwikkelde behandelprogramma's.**

Jaartal	Auteur	Programma
1997	Bradizza en Stasiewicz	Coping Skills Group
1998	Addington en El-Guebaly	Stopping Substance Groups
1998	Wierenga	Blow Up-Blow Out
1999	Roberts, Shaner en Eckman	Omgaan met Verslaving
2001	Carey, Purnine, Maisto en Carey	Four Session Motivation Based Intervention
2001	Ziedonis en Stern	Dual Recovery Group
2004	Graham	Cognitive Behavioral Integrated Treatment
2005	Brunette en Drake	Toolkit Integrated Dual Diagnosis Treatment
2006	Bellack, Bennet, Gearon, Brown en Yang	Behavioral Treatment for Substance Abuse in Severe and Persistent Mental Illness

In de Verenigde Staten zijn ook zogenoemde 'toolkits' voor dubbele-diagnosepatiënten ontwikkeld. In deze toolkits worden verschillende interventies beschreven (voor een deel 'evidence based') die samen een goede zorg voor deze doelgroep waarborgen. Tot de ingrediënten van deze zorg behoren screening, diagnostiek, motiverende gespreksvoering, groepsbijeenkomsten en familieondersteuning (Mueser e.a., 2003). Onder redactie van Brunette en Drake (2005) is een 'toolkit' ontwikkeld voor de behandeling door ambulante teams, al dan niet Assertive Community Treatment Teams. Deze 'toolkit' wordt momenteel vanuit het Trimbos-instituut in Nederland geïmplementeerd in vier verschillende psychiatrische instellingen, waaronder het FACT van het psychosecircuit in Assen.

#### **Wat is nu de rol van de verpleegkundige?**

Alle programma's in tabel 1 bestaan uit geprotocolleerde bijeenkomsten, verzorgd door psychologen of counselors. Deze counselors kunnen hulpverleners zijn uit allerlei disciplines (bijv. verpleegkundige,

maatschappelijk werker, sociaal-pedagogisch hulpverlener). De uitvoerders van de inhoud van de 'toolkits' voor deze patiënten zijn eveneens hulpverleners van verschillende disciplines. De teams waarin deze 'toolkits' worden toegepast zijn dikwijls multidisciplinair, en bestaan uit een psychiater en/of een verslavingsarts, een psycholoog, een maatschappelijk werker, een trajectbegeleider en verpleegkundigen. Specifieke richtlijnen voor verpleegkundigen zijn tot nu toe niet ontwikkeld.

In de cognitief-gedragstherapeutische geïntegreerde behandeling (Graham & Copello, 2004) wordt een aantal te nemen stappen voor de psycholoog beschreven. Deze behandeling is opgezet aan de hand van de behandelfasen van Osher en Kofoed (1989; zie kader). Een aantal van de beschreven stappen in deze behandeling zou door verpleegkundigen kunnen worden uitgevoerd. Uit recente publicaties blijkt immers dat verpleegkundigen gedeelten van cognitief gedragstherapeutische behandelingen kunnen uitvoeren (Croes e.a., 2006; Lamers e.a., 2006). De cognitief gedragstherapeutische geïntegreerde behandeling kan derhalve als basis dienen voor de ontwikkeling van een protocol voor verpleegkundigen in de behandeling en begeleiding van dubbele-diagnosepatiënten.

#### **Fasen van behandeling**

In 1989 onderscheidten Osher en Kofoed op basis van klinische ervaring vier fasen in de behandeling van een patiënt met een psychotische stoornis of bipolaire stoornis en middelengebruik. De fasen gaan over de therapietrouw. In de eerste fase, betrokken raken bij behandeling, moet de patiënt verleid worden tot het volgen van een behandelprogramma, door hulp te bieden bij huisvesting, financiële administratie of ondersteuning bij het zoeken van werk/dagbesteding. In de tweede fase wordt geprobeerd de patiënt te overtuigen van verandering van middelengebruik (zoals abstinentie). Als de patiënt daaraan werkt, noemen zij dat de actieve behandelfase (fase 3). Als dat gelukt is, bevindt de patiënt zich in het terugvalpreventiefase (fase 4).

#### **Resultaten**

Door het psychosecircuit van GGZ Drenthe is op basis van het gedragstherapeutisch protocol van Graham en Copello (2004) een protocol voor verpleegkundigen ontwikkeld. Het ontwikkelde protocol bestaat uit een beschrijving van interventies passend bij de vier fasen van behandeling volgens Osher en Kofoed (1989). Omdat een verande-

ringsproces per individu verschillend is in de tijd, is ervoor gekozen geen vaststaande bijeenkomsten te beschrijven maar mogelijke interventies. De genoemde interventies zijn alle beschreven, en indien van toepassing met formulieren toegevoegd in de uitgave van het eigenlijke protocol (meer informatie is verkrijgbaar bij de auteurs).

Zoals tabel 2 laat zien, begint het protocol bij behandelfase 1 'Betrokken raken bij behandeling'. Voor elke fase zijn er doelen voor de verpleegkundige geformuleerd en voor elk fase is de benaderingswijze van de verpleegkundige beschreven. Ten slotte worden voor elke behandelfase daarbij passende middelen en interventies genoemd. Patiënten met een vermoeden van dubbele-diagnoseproblematiek stromen in in fase 1. Voor behandelfase 1 zijn de verpleegkundige doelen: 'Verhelderen van mogelijke problemen op diverse levensgebieden, indien noodzakelijk stabilisatie en schade beperken van/voor de patiënt'. Voor fase 1 is de benaderingswijze: 'Contact maken met de patiënt en het bewerkstelligen van een werkrelatie door een actieve en praktische benadering' (1.2). Voor fase 1 zijn de interventies: 'Crisisinventie, medicatie laten voorschrijven, urinecontrole, afname Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (Sullivan e.a., 1989), afname Substance Abuse Treatment Scale (McHugo e.a., 1995) of motiverende gespreksvoering' (1.3).

Behandelfase 2 betreft 'Overtuigd raken van verandering' en daarin zijn de doelen voor de verpleegkundige: 'Samen met de patiënt verhelderen van levensdoelen, realistische schadebeperkende doelen stellen en een plan voor verandering maken' (2.1). De benaderingswijze die de verpleegkundige kiest, is: 'De patiënt te laten nadenken over verandering, het ondersteunen van keuzen en het bieden van praktische hulp' (2.2). De middelen/interventies die de verpleegkundige daarvoor kan inzetten, zijn bijvoorbeeld: 'Voor- en nadelenbalans van de huidige situatie en verandering afnemen, voorlichting geven over de interatiemiddelen en medicatie, samen een G-schema invullen en samen werken aan een netwerk dat positief staat ten opzichte van verandering' (2.3).

In behandelfase 3, 'Actieve behandelfase', zijn de doelen voor de verpleegkundige: 'Samen met de patiënt een startdatum voor verandering afspreken en de patiënt ondersteunen in het toepassen van zelfcontrolemaatregelen en omgaan met terugval' (3.1). De benaderingswijze van de verpleegkundige is: 'Optimisme uitstralen en het ondersteunen van nieuw gedrag' (3.2). De middelen/interventies die de verpleegkundige daarvoor kan inzetten, zijn bijvoorbeeld: 'Motiveren inname medicatie, samen bedenken passende zelfcontrolemaatregelen, omgaan met trekkaart maken en belonen van nieuw gedrag' (3.3).

Tabel 2. Protocol voor verpleegkundigen voor de dagelijkse begeleiding en behandeling van psychotische patiënten met problematisch middelengebruik.

Fase behandeling		Doelen verpleegkundige		Benaderingswijze	Interventies
1	Betrokken raken bij behandeling	1.1	1.2	1.3	
		– gegevens verzamelen over levensgebieden/diagnostiek	– contact maken met de patiënt	– praktische hulp	– crisisinterventies
		– stabilisatie van de patiënt	– werkelatatie bewerkstelligen	– eerste gesprek	– stabilisatie symptomen
		– schade beperken	– actieve praktische benadering	– urinecontrole	– medicatie laten innemen
				– CIWA	– eerste gesprek
				– CAGE-AID	– urinecontrole
				– EuropASI	– CIWA
				– SATS	– CAGE-AID
				– anamnese	– EuropASI
				– motiverende gespreksvoering	– SATS
				– informeren en luisteren	– anamnese
				– levensdoelen van de patiënt verhelderen	– motiverende gespreksvoering
2	Overtuigd raken van verandering	2.1	2.2	2.3	
		– samen met de patiënt levensdoelen verhelderen	– patiënt laten nadenken over verandering	– motiverende gespreksvoering: voor- en nadelen balans	– motiverende gespreksvoering: voor- en nadelen balans
		– realistische schadebeperkende doelen opstellen met betrekking tot alcohol/drugs	– ondersteunen van keuzen van patiënt	– voorlichting geven	– voorlichting geven
		– actieplan voor verandering maken	– praktische hulp	– trekdagboek laten bijhouden	– trekdagboek laten bijhouden
				– G-schema	– G-schema
				– activiteitenlijst maken	– activiteitenlijst maken
				– sociaal netwerk in kaart brengen/uitbreiden	– sociaal netwerk in kaart brengen/uitbreiden
				– begeleidingsplan	– begeleidingsplan



Fase behandeling		Doelen verpleegkundige		Benaderingswijze		Interventies	
3	Actieve behandel fase	3.1	– samen met patiënt start-datum afspreken	3.2	– ondersteunen van nieuw gedrag	3.3	– medicatie
			– ondersteunen zelfcontrolemaatregelen		– optimistische houding		– zelfcontrolemaatregelen omgaan met trekkaart
			– ondersteunen actieplan				– praktische hulp
			– ondersteunen na terugval				– belonen van nieuw gedrag
4	Terugvalpreventie	4.1	– terugvalpreventieplan maken	4.2	– ondersteunen, aanmoedigen en bekrachtigen nieuw gedrag	4.3	– medicatie
			– aanmoedigen gebruik terugvalpreventieplan		– bemoedigen als het misgaat		– zelfcontrolemaatregelen belonen van nieuw gedrag
							– sociaal netwerk bemoedigen
							– waarschuwingssignalen in kaart brengen: signaleringsplan maken
							– verdere doelen/wensen inventariseren

In behandelfase 4, 'Terugvalpreventie', zijn de doelen voor de verpleegkundige: 'Het maken van een terugvalpreventie plan en het aanmoedigen van het gebruik ervan' (4.1). De benaderingswijze die de verpleegkundige toepast, is: 'Ondersteunen en aanmoedigen van nieuw gedrag en bemoedigen als het misgaat' (4.2). Ten slotte zijn voorbeelden van middelen/interventies die de verpleegkundige daarvoor kan inzetten: 'Aanmoedigen medicatietrouw, waarschuwingssignalen voor terugval in kaart brengen, signaleringsplan maken en verdere levensdoelen inventariseren' (4.3).

### **Implementatie**

Niet alle onderdelen van het protocol behoren vanzelfsprekend tot professioneel verpleegkundig handelen. Dat geldt bijvoorbeeld voor een methode als motiverende gespreksvoering, maar ook voor de afname van screeningslijsten (zoals de CAGE- en CAGE-AID; Mayfield e.a., 1974). Dat betekent dat verpleegkundigen getraind moeten worden in de onderdelen van het protocol en gesuperviseerd op de uitvoering ervan. Om dit te realiseren is er draagvlak op beleidsniveau nodig. (Dit was in Assen gewaarborgd doordat men zelf het initiatief voor het ontwikkelen van een protocol had genomen.)

Wel is het van belang de verpleegkundigen zelf te motiveren zich nieuwe vaardigheden eigen te maken. Soms is er eerst attitudeverandering nodig om de onderdelen van het protocol te kunnen uitvoeren; van een meer veroordelende houding ten opzichte van middelengebruik naar een meer accepterende en motiverende houding ten opzichte ervan.

### **Tot besluit**

In behandelprogramma's van schizofreniepatiënten met een dubbele diagnose, zoals in de literatuur gepresenteerd, wordt de rol van verpleegkundige nauwelijks beschreven. Dat is merkwaardig, want in de praktijk spelen zij wel degelijk een belangrijke en soms zelfs centrale rol. Alleen het cognitief-gedragstherapeutische protocol van Graham en Copello (2004) biedt enige basis voor verpleegkundig handelen. Het psychosociaal circuit van GGZ Drenthe te Assen heeft daarom zelf een protocol voor verpleegkundigen beschreven en toegepast. Het heeft gebruik gemaakt van de behandelfasen van Osher en Kofoed (1989). Dit protocol is nog niet onderzocht op effectiviteit wat betreft afname middelengebruik of vermindering van psychotische symptomen. Dat is een volgende stap.

Onze verwachting is dat toepassing in de klinische praktijk zal leiden tot verbetering en aanpassing van het protocol, zodat de verpleegkun-

dige het nog beter kan toepassen, en daarnaast een verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten met schizofrenie en comorbide middelengebruik.

### Literatuur

- Addington, J., & El-Guebaly, N. (1998). Group treatment for substance abuse in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 843-845.
- Bellack, A.S., Bennet, M.E., Gearson, J.S., Brown, C.H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioural treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63, 426-432.
- Bradizza, C.M., & Stasiewics, P. R. (1997). Integrating substance abuse treatment for the seriously mentally ill into inpatient psychiatric treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 103-111.
- Brunette, M., & Drake, R.E. (2005). *Toolkit Integrated Dual Diagnosis Treatment*. Washington, DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A., & Carey, M.P. (2001). Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia. A four session motivation-based intervention. *Behavior Modification*, 25, 331-384.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., Brunette, M.F., & McHugo, G.J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 360-374.
- Graham, H.L., & Copello, A. (2004). *Cognitive-behavioural integrated treatment (C-BIT) a treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems*. Chichester: Wiley.
- Lamers, F., Jonkers, C.C., Bosma, H., Diederiks, J.P., & Eijk, J.T. van (2006). Effectiveness and cost-effectiveness of a minimal psychological intervention to reduce non-severe depression in chronically ill elderly clients: the design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 21, 161.
- Margolese, H.C., Negrete, C.J., Tempier, R., & Gille, K. (2006). A 12 month prospective follow-up study of patient with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophrenia Research*, 82, 65-75.
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., Burton, H.L., & Ackerson, T.H. (1989). A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 762-767.
- Meer, Ch. van der, & Hendriks, V. (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp*. Den Haag: GGZ Nederland.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: effective intervention for severe mental illness and substance abuse*. New York: Guilford.
- Osher, F.C., & Kofoed, L.L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1025-1030.
- Regier, D.A., Framer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug

- abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Roberts, L.J., Shaner, A., & Eckman, T.A. (1999). *Overcoming addictions: skills training for people with schizophrenia*. New York: Norton.
- Rooijen, M. van (2001). Zendingswerk: dubbele diagnose kliniek. *Psy*, 5, 24-8.
- Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie 2005. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen patiënten met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C.A., & Sellers, E.M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84, 1353-1357.
- Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: review of epidemiology and course. *American Journal on Addictions*, 15, 345-355.
- Wierenga, S., & Schippers, G.M. (2000). Behandeling van verslaving bij schizofrenie. In G. Pieters & M. van der Gaag (red.), *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten* (pp. 164-172). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wierenga, S., Groener, S., & Heteren, T. van (1998). 'Blow up, blow out?' Kennis en vaardigheidstraining met betrekking tot cannabisgebruik. *Cursusboek voor deelnemers*. Dordrecht: GGZ Regio Breda.
- Ziedonis, D.M., & Stern, R. (2001). Dual recovery therapy for schizophrenia and substance abuse. *Psychiatric Annals*, 31, 255-264.